Nr. 10. W Krakowie, dnia 7 Marca 1874 r. Rok XIII.

BIURO REDAKCYI w Krakowie Ulica Górnych Młynów, Nr. 122.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Wychodzi co Sobota w objętości arkusza.

Rękopismy zwracają się tylko w skutek wyraźnego zastrzeżenia.

Ekspedycya miejscowa w Krakowie w księgarni Wgo *Stanisł. Krzyżanowskiego* Rynek główny, N. 30.

Organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie

wydawany pod redakcyą

Dra Stanisława Janikowskiego, Prof. w Uniw. Jagiell.

Ajencye główne: w Warszawie w księgarni *Gebethnera* i *Wolffa*, w Poznaniu w księgarni *Edmunda Calliera*.

Cena „Przeglądu lekarskiego“ wynosi:

W Krakowie rocznie .	złr. 6 c.	—	w. a.
półrocznie .	„ 3	„ —	„ „
kwartalnie .	„ 1	„ 50	„ „

Cena w Państwie Austryackiem z przesyłką pocztową

rocznie	złr. 6	cent. 80	w. a.
półrocznie . . .	„ 3	„ 30	„ „
kwartalnie . . .	„ 1	„ 80	„ „

Ogłoszenia przyjmuje Biuro Redakcyi, tudzież Ajencye A. Piątkowskiego *we Lwowie*, Z. Kostkowskiego, Haasensteina i Voglera i R. Mossego *w Wiedniu*, wreszcie Administracya Dziennika Poznańskiego *w Poznaniu*.

Cena ogłoszeń: Od wiersza drobnego (petit) lub miejsca tegoż po 5 centów oprócz 30 cent. opłaty stemplowéj.

Numer pojedynczy kosztuje 15 c.

O użyciu prądu galwanicznego w przypadku zagłoby jelita (ileus).

Podał Dr. T. **Kaczorowski** z Poznania.

Franciszka Sroka, żona gospodarza wiejskiego z pod Poznania, 38 lat wieku licząca, od 17go roku doświadczała białych upławów, które wzmagały się w regularnych ustępach co cztéry tygodnie powracających, a za każdym razem zwiastowywanych dokuczliwemi bolami w krzyżu i dołku podsercowym. W 20 dopiéro roku jéj życia pojawiła się piérwsza miesiączka ze skąpym zaledwie dwa dni trwającym upływem krwi; a jakkolwiek odtąd za cztéry tygodnie w podobny sposób powtarzała się,—ustawiczne wydzielanie ropiastego śluzu z części płciowych, niemniéj wzwyż wzmiankowane dolegliwości, w niczém się nie zmieniły.

W sześć miesięcy po piérwszéj regularności poszedłszy za mąż, F. S. nie zaszła jeszcze w ciążę.

Odtąd do dawniejszych cierpień przyłączył się stały ból krzyża, uporczywe zaparcie stolca i za lada przyczyną kurczowy ból w górnéj części brzucha, któreto dolegliwości w ostatnich dwóch latach znacznie się zwiększyły, pomimo rozmaitych środków lekarskich.

Dnia 12 Października r. z. po większém utrudzeniu domową pracą, któréj chora oddawała się, ból brzucha wzmógł się do niebyłego dotąd stopnia i zniewolił ją do ponownego szukania pomocy lekarskiéj.

Atoli żaden środek nie zdołał ukoić gwałtownie od czasu do czasu potęgujących się bolów brzucha, ani sprowadzić dokładnego wypróżnienia stolcowego.

Środki przeczyszczające, zadawane przez usta, wyrzucane zostały wymiotami, a podawane w enemach nieznaczną tylko ilość kału wyprowadzały bez żadnéj dla choréj ulgi.

Dnia 18go Października chora przywieziona do zakładu Sióstr miłosierdzia przedstawiła stan następujący: Budowa ciała średnia, mięśnie mało rozwinięte, pokłady tłuszczu mierne, twarz blado-żółtawa, zdradzająca wielkie cierpienie, ciepłota kończyn obniżona, tętno drobne, przyśpieszone. Język wilgotny, szaro obłożony, brzuch miernie wzdęty, mocno napięty, przy ucisku na całéj przestrzeni dolegliwy. Przy ściślejszém badaniu brzucha ani przepukliny, ani innych guzów, czy nabrzmiałości spostrzedz, ani wymacać nie można; opukiwanie wydaje wszędzie odgłos bębenkowy pełny, wyjąwszy okolicę nadpępkową, gdzie bębenkowy odgłos jest nieco czczy i wyższy. Rozmiary wątroby, śledziony i nerek prawidłowe. Badanie płuc i serca nic wzmianki godnego nie przedstawia. Odbytnica, palcem badana, okazuje się próżną. Kał od dwóch dni, kiedy dana była ostatnia lawatywa, zupełnie wstrzymany; mocz często z bolesném uczuciem w drobnéj ilości odchodzi, nie zawiera zresztą nieprawidłowych części składowych. Z pochwy dobywa się płyn ropiasty, dość obfity, pochodzący z macicy, która, za dotknięciem trochę bolesna, zupełnie ku tyłowi jest pochylona, we wszystkich rozmiarach nieco zwiększona, ale łatwo poruszać się daje. Chora, dość silna jeszcze, uskarża się na ustawiczny ból brzucha i krzyża, nadto na gwałtowne boleści peryodycznie przechodzące przez całe nadpępcze.

Gdy od choréj, z powodu cierpienia nie skłonnéj do opowiadania o początku i przebiegu jéj choroby, mało można było się wywiedzieć: z razu przypuszczano rwę jelitną (*enteralgia*) na podstawie nieżytowego zapalenia macicy w tył pochylonéj (*endometritis ex retroversione*). Zalecono więc łyżkę oleju rącznikowego na przeczyszczenie i zastrzykiwanie morfiny (0,01) pod skórę brzuszną. Ból wprawdzie uśmierzył się po zastrzyknięciu morfiny, ale wrócił po kilku godzinach, tak, że zastrzyknięcie wieczorem powtórzyć wypadło. Stolec pozostał zaparty. Chora zwracała dwa razy.

Dnia następnego stan choréj, która się o częstsze powtarzanie zastrzykiwań dopominała, był dość znośny. Przepisano: lawatywę wypróżniającą ciepłą; wewnętrznie *Magnesiae ust. et Magist. Bismuthi part. aeq.*, trzy razy dniem po łyżeczce od kawy; rozgrzewające się okłady z zimnéj wody na brzuchu; zastrzykiwanie morfiny co 6 godzin. Lawatywa wyszła niezadługo, zaledwie trochę kałem zabarwiona; dobrowolne wypróżnienie stolca chybiło; natomiast po kilkakroć nastąpiły wymioty.

Dnia 20go przechowane wymiociny wonią i barwą zdradzają obecność kału. Twarz zaczyna zapadać, tętno sprychowe niknąć, kończyny stygnąć; brzuch mocno wzdęty, za dotknięciem jest coraz boleśniejszy; napady bolów krępujących wnętrzności brzuszne coraz gwałtowniejsze; język usycha, pragnienie nieugaszone zniewala do pochłaniania ogromnych ilości wody, która wkrótce potém, z łajnem zmięszana, przez usta wyrzucaną zostaje.

Odtąd nie mogła zachodzić żadna wątpliwość, że roztwór (*lumen*) jelita gdziekolwiek zamknięty został (*ileus*). O przyczynie i istocie téj niedrożności chyba w domysły zapuszczać się można było. Ucisk wywróconéj macicy na jelito nie tłómaczył tego zjawiska, bo macica była poruszalna, a odbytnica zupełnie próżna. Przeciw zapchaniu jelita kałem (*coprostasis*), które nasamprzód nasuwało się myśli, przemawiała stwierdzona zaraz na wstępie nieobecność namacalnych guzów w brzuchu, niemniéj brak właściwych objawów fizycznych (stłumionego odgłosu przy opukiwaniu). Przypuścić więc należało albo skręcenie jelita (*volvulus*), albo wsunięcie się (*invaginatio*), albo też uwięzgnienie (*incarceratio*) w jednym z otworów lub szczelin śródbrzusznych. Ponieważ obudwom ostatnim przypadkom

skutkiem zagłobienia jelita towarzyszyć zwykły wydatniejsze objawy umiejscowionego zapalenia otrzewny, których tu brakło: przeto najprawdopodobniéj można było przypuścić skręcenie jelita biodrowego około jego osi, wywołane może gwałtownemi ruchami robaczkowemi, jakie podczas napadów rwy jelitowéj powstawały.

Próbowano więc jeszcze raz za pomocą zwilżacza (*irrigator*) Esmarcha, wprowadzając do okrężnicy blizko dwa litry ciepłéj wody zaprawnéj oliwą i mydłem, pobudzić jelito do pożądanego wypróżnienia; ale płyn wstrzyknięty wrócił się natychmiast wcale nie zmieniony. Przez usta zaś, ze względu na ustawiczną skłonność do wymiotów, podano dwa razy w przeciągu 4ch godzin po dwa gramy kalomelu.

Gdy to wszystko bez skutku pozostało, a wymioty coraz stawały się przykrzejszemi: postanowiono zaniechać wszelkich wypróżniających leków, a ograniczyć się wyłącznie na uspakajaniu zadrażnionego jelita, jakotéż i całéj otrzewny, i na podtrzymywaniu czynności sercowéj. Tym celem skazano chorą na bezwzględną wstrzemięźliwość od wszelkich pokarmów, podawano co chwila bryłeczki lodu i po trosze wody lodowéj, a co godzina kieliszek starego, wytrawnego wina węgierskiego. Brzuch cały okładano lodową wodą, a pod skórę jego wstrzykiwano co 4 godziny po centygramie morfiny.

Pod wpływem takiego lekowania chora leżała prawie w ciągłéj lekkiéj śpiączce, mało narzekając na ból brzucha, który się odzywał tylko wtedy, skoro zimne okłady rozgrzewać się zaczynały. Wymioty, coraz rzedsze i mniéj obfite, ustały trzeciego dnia zupełnie. Ciepłota ogólna, trochę pod wieczór podniesiona, nie przechodziła nigdy 39 stopni. Tętno zaczęło się podnosić, kończyny zagrzewać, twarz rumieńca nabierać.

Gdy dnia 27go bębnica coraz bardziéj wzrastać zaczęła, podawano choréj co godzina gram (12 gr.) węgla topolowego, który zatrzymywała w sobie z dobrym, jak się zdawało, skutkiem: bo objętość brzucha widocznie odtąd zmniejszała się za każdą dawką. W obec ustępujących zwolna zjawisk zadrażnienia otrzewny, wróciliśmy znowu do wstrzykiwania obfitych ciepłych enem z dodaniem oleju rącznikowego, także za pomocą przyrządu Esmarcha, do którego tą razą przyczepiliśmy cewę gardzielową (*Schlundsonde*), którą ile możności głęboko starano się wprowadzić do okrężnicy; ale wszystek płyn wracał się zaraz z wiotkiéj i na wpół porażonéj odbytnicy. Zresztą lekowanie toż samo.

Dnia 26go wstrzyknięto jeszcze 4 łyżki czystego oleju rącznikowego, ale i ten po większéj części się wrócił.

Wtedy więc, t. j. dnia 14 choroby, postanowiliśmy ku pobudzeniu jelita użyć stałego prądu galwanicznego. Użyliśmy w tym celu przenośnéj bateryi Stoehrera z Drezna o 30 ogniwach, z których zrazu zastosowaliśmy 16, wprowadzając do odbytnicy biegun dodatni w kształcie zgłębnika, powleczonego osłoną kauczukową aż pod oliwkowe zakończenie, a biegun ujemny przykładając do górnych części brzucha. (W nawiasie nadmienić winienem, że działanie przyrządu z powodu dawno nie odświeżanego kwasu trochę osłabło.) Stosowanie tak ciągłe przez dwie minuty prądu galwanicznego nie sprawiało choréj żadnego prawie bolu;—dopiéro każdorazowa zmiana biegunów za szybkim zwrotem przemieniacza (*commutator*) wywoływała silny ból i wstrząśnienie całego brzucha. Zwolna posuwając saneczki z przyrządem aż do samego krańca przyrządu, t. j. złączywszy wszystkie 30 pierwiastków i przeprowadzając od chwili do chwili szybkiemi zwrotami przemieniacza krótkotrwałe uderzenia elektryczne przez brzuch, spostrzegliśmy poruszenia jelit, wijących się jak węże pod cienkiemi powłokami brzusznemi, i usłyszeliśmy głośne burkotanie, zwiastujące nam, ku wielkiéj naszéj radości, że nareszcie treść jelit w ruch wprowadzoną została. Zaprzestaliśmy wtedy dalszéj galwanizacyi, zostawiając resztę naturze.

Jakoż w trzy godziny potém chora uczuła po raz piérwszy potrzebę wyjścia na stolec, gdzie oddała przeszło litr (kwartę) cieczy, kałem cuchnącéj i od węgla czarno zabarwionéj, co się w mniejszéj ilości jeszcze siedm razy powtórzyło z zupełną ulgą dla choréj, czującéj się od wszelkich dolegliwości uwolnioną.

Nazajutrz zastaliśmy brzuch zapadły, zaledwie przy silniejszym nacisku trochę wrażliwy, język wilgotny czerwony, stan ogólny zupełnie zadawalniający. Łaknienie zaczęło się niebawem odzywać, ku zaspokojeniu czego zaleciliśmy podawać małe ilości maślanki.

Dalszy przebieg choroby nie przedstawiał nic wzmianki godnego, wyjąwszy chyba, że dopiéro trzeciego dnia po owych wypróżnieniach wystąpiły objawy lekkiéj rtęcicy w jamie ustowéj (*stomatitis mercurialis*), t. j. zbrzęknienie dziąseł i nieznaczny ślinotok, a więc 9go dnia po zadaniu owych 3 gramów kalomelu, z czego okazuje się, że ów lek, ile go przy wymiotach w przewodzie pokarmowym pozostało, podczas całéj katastrofy wcale nie uległ wessaniu. Przy użyciu chloranu potasowego, w kilka dni znikły zjawiska rtęciowe i nadto okazało się, że białe upławy prawie zupełnie ustały; a chora, któréj celem wyprostowania w tył przechylonéj macicy założono krążek kauczukowy, opuściła dnia 8go Listopada zakład w dobrém zdrowiu, którém się dotąd cieszy, jak się w sześć tygodni późniéj miałem sposobność przekonać.

Na koniec niech mi wolno będzie nad przypadkiem dopiéro co opisanym uczynić parę uwag.

Najprzód, co do rozpoznania, wypada po zakończeniu pomyślném wrócić się jeszcze do pytania: jakaż przyczyna wywołać mogła tak długo trwałą niedrożność jelita?

Otóż wsunięcie albo uwięzgnienie jelita (*invaginatio —incarceratio*) zapewne z góry wykluczyć można: bo jedno i drugie byłoby niezawodnie sprowadziło zgorzelinę zagłobionéj części jelita, którato część, jak to poniekąd się dzieje w najpomyślniejszym razie, po utworzeniu na około osłony, powstałéj z zapalenia otrzewny, byłaby na jaw wydobyła się w powstałych nareszcie wypróżnieniach stolcowych, czegośmy w skrzętnie badanych stolcach nie dostrzegli.

Również proste zapchanie jelita kałem (*coprostasis*), pominąwszy wyżéj wyrzeczone wątpliwości przy wstępném badaniu choréj, gdyby miało tłómaczyć tak uporczywe, długotrwałe i z tylu groźnemi objawami połączone zaparcie stolca: nie byłoby się obeszło po pomyślném rozwiązaniu powstałego ztąd zaburzenia bez wyjścia na jaw choć kilku spieczonych kawałków łajna, czego ani śladu w pilnie śledzonych odbycinach choréj wykryć nie można było.

Pozostaje zatém przez wykluczenie wszelkich innych możliwości jako przyczyna zamknięcia jelita, jak to z góry przypuszczaliśmy, skręcenie jelita naokoło osi,—a doraźne zwolnienie dolegliwości choréj po rozbudzeniu ruchu robaczkowego w nieczynném trzewie, jako odkręcenie, najprzystępniéj całą sprawę wyjaśniać się zdaje.

Daléj zachodzi pytanie: czy istotnie i o ile w tym przypadku do pomyślnego zakończenia przyczyniło się zastosowanie prądu galwanicznego?

Nie pochopny do optymistycznych uprzedzeń co do powodzeń leczniczych, nie twierdzę bynajmniéj, jakoby chora wyzdrowienie swoje wyłącznie zawdzięczała ostatecznemu użyciu galwanizacyi. Być może, że po ustąpieniu zapalnego zadrażnienia w niedrożném jelicie i całéj otrzewnie, nieprawidłowe ułożenie jelita samodzielnie byłoby się naprawiło; jednakże w przypadku naszym nie podobna zaprzeczyć, że prąd galwaniczny przynajmniéj piérwszą i to doraźną dał pobudkę do uruchomienia zapory w jelicie: bo było nas

kilku naocznych świadków (asystowali mi pp. DDr. Bałkowski i Zielewicz, którzy mnie w zajęciach szpitalnych łaskawie wspiérają), jak w chwili stosowania tego bodźca fizycznego do brzucha choréj zarysowywały się plastycznie przed oczyma naszemi wijące się jelita, a szelest przesuwającéj się przez nie treści do uszu naszych dochodził.

Czy tutaj prąd galwaniczny bezpośrednio wpłynął na jelito, czy téż dopiéro za pośrednictwem mięśni brzusznych przez wstrząśnienie uruchomił zastałe jelito, nie śmiem rozstrzygać; dosyć, że odniósł zamierzony skutek, i to mnie ośmieliło do ogłoszenia powyższego przypadku, celem zachęcenia kolegów do doświadczania w podobnych rozpaczliwych razach środka, który, mając niewątpliwą podstawę fizyologiczną, uchodzić powinien za łagodniejszy i mniéj niebezpieczny, aniżeli zachwalana przez wielu rtęć płynna.

W Poznaniu, dnia 1 Stycznia 1874 r.

Przypadek gośćca stawowego krtani wiewiorowego

(*arthritis blennorrhagica laryngis*).

Opisał Dr. **Libermann**, Lekarz ordyn. w szpitalu wojskowym *du Gros-Caillou* w Paryżu [1]).

Chociaż łatwo jest w teoryi pojmować gościec stawowy krtani, nie ma wszakże dotąd opisanego przypadku téj choroby. W ciągu miesiąca Maja 1873 przedstawił mi się człowiek, u którego po nagłém zatrzymaniu wydzielenia wiewiorowego powstał bezgłos w skutku choroby, któréj nie mogłem inaczéj określić, jeno jako gościec stawowy krtani. Ma on lat 26, ustroju średniéj siły, nie miał nigdy żadnéj ważnéj choroby; w r. 1872 cierpiał na bole gośćcowe. Dnia 28 Kwietnia 1873 naraża się na wiewiora dość łagodnéj postaci. 15 Maja nagle odpływ się zatrzymuje, pojawiają się natychmiast bole gośćcowe w stawach ramieniowych i kolanowych bez obrzmienia i po 3 lub 4 dniach powstaje żywy ból w okolicy krtani z zupełnym bezgłosem. Gorączki nie ma; bole stawowe ustąpiły, odkąd powstał bezgłos. Ból silny w lewéj stronie krtani; przy naciskaniu chrząstki tarczykowéj lewéj, ból się wzmaga; głos ochrypły, niewyraźny. Wziernikiem dostrzegam znacznego nabrzmienia chrząstki nalewkowéj lewéj, zwłaszcza w części jéj stawowéj, która przedstawia kuliste zgrubienie bardzo wydatne. Dotykając tego zgrubienia zgłębnikiem krtaniowym, czuje się wyraźne chełbotanie. Bł. śluzowa pokrywająca chrząstkę nalewkową jest zarumieniona w granicach téjże chrząstki. Struna głosowa lewa węższa od prawéj i nie dochodzi do linii środkowéj, przy wymawianiu samogłoski *e* zostaje w spokoju. Ze strony płuc nic nie ma nieprawidłowego, lecz w rodzinie chorego są pojawy podejrzane; i tak: ojciec kaszle od dawna bardzo, brat starszy cierpi również na przewlekły nieżyt oskrzelowy. Chory nie miał nigdy kiły.

Zważywszy te przypady i koléj, w jakiéj następowały: rozpoznaję gościec wiewiorowy stawu nalewko-pierścieniowego krtani. Przystawiam pryszczydła do okolicy krtani, a bezpośrednio stosuję namazywanie wymokiem jodynowym na wpół z makowiczym (*Trae iodi et Trae opii* part. aeq.) za pomocą zgłębnika zaopatrzonego gąbką. Przypady ustępują, głos powraca, a do 30 Czerwca chory uleczony opuszcza zakład. Na wyjściu przekonywam się za pomocą wziernika, że staw nalewko-obrączkowy i chrząstka nalewkowa powróciły do stawu prawidłowego, lecz struna głosowa lewa nie odzyskała całkowicie rozmiarów swoich (zanik) i niezupełnie się zbliża do struny prawéj; głos mimo to okazuje dźwięk prawidłowy.

Zważając formę i usadowienie nabrzmienia i czerwoności, a także ograniczenie tych zmian chorobowych do lewéj chrząstki nalewkowéj; chełbotanie wyraźne; brak powodów, wywołujących zwykle zap. ochrzęstnéj, jakoto wyrzutu liszajowego, owrzodzenia nieżytowego lub swoistego; niedostawanie przypadów kiły, gruźlicy lub zołzów; gdy przytém płuca chorego calkiem były zdrowe: więc pozostawało jedynie rozpoznanie gośćca stawowego, do którego dało powód nagłe zatrzymanie wydzieliny cewkowéj. Nareszcie skuteczność leczenia odpowiedniego rozpoznaniu, i to w krótkim względnie w okresie pięciotygodniowym, ostatecznie przemawiają przeciwko zap. gruźliczemu, które nigdy tak prędko nie ustępuje. Dr. *A. Kremer*.

[1]) *Gaz. d. hôp.*, Nr. 136, 1873.

PRZEGLĄD LITERATURY ZAGRANICZNÉJ.

CHIRURGIA.

O leczeniu ran postrzałowych stawu kolanowego.

Sprawozdawca Dr. **B. Kluczenko** w Serecie.

I. **Fischer**. Ogólna chirurgia wojenna. Zob. Pitha - Billroth. *Chirurgie* I. 3. str. 366.
II. **Simon**. Rokowanie i leczenie ran postrzałonych stawu kolanowego. *Deutsche Klin.* str. 257—265. 1871.
III. **Pirogow**. Sprawozdanie z ostatniéj wojny, tłómaczone przez Iwanowa z ros. na niem. 1871. 81—96.
IV. **Lücke**. Sprawozdanie z literatury powstałéj w skutek ostatniéj wojny. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd.* II. *Heft.* I. *p.* 106.
V. **Lossen**. Sprawozdanie z szałasów w Mannheimie, Heildelbergu i Karlsruhe, w r. 1870 i 1871. *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie Bd.* II. *Heft.* II. *p.* 128—136.
VI. **Socin**. Spostrzeżenia z chirurgii wojennéj, zbierane w Karlsruhe w r. 1870 i 1871.
VII. **Nussbaum**. O wycięciu stawu kolanowego w skutek ran postrzałowych. *Bayrisches Intelligenzblatt.* 1873. N. 9.
VIII. **Metzler**. O wycięciu stawu kolanowego. Langenbeck's *Archiv für klin. Chirurg. Band* XV.
IX. **Volkmann**. O wycięciach stawów. *Sammlung klin. Vorträge von* R. Volkmann. Nr. 51. 1873.
X. **König**. O wycięciu kolana po ranach postrzałowych. *Berl. klin. Wochenschrift.* N. 30. 1871.
XI. **Consin**. Dodatek do wycięcia kolana podczas wojny. *Union médic.* Nr. 110—112. 1872.

Pomimo znacznego i ciągłego postępu chirurgii, a osobliwie chirurgii wojskowéj, która od r. 1854 tak częstą niestety sposobność miała do wydoskonalenia się, istnieją jeszcze w téj gałęzi niektóre sporne i wprost sobie przeciwne zdania co do leczenia pewnych ran postrzałowych. Nader ważne stanowisko w szeregu tych spornych zasad zajmuje sposób leczenia postrzałów st. kolanowego. Rany postrzałowe stawu tego należą do największych uszkodzeń, a leczenie tychże jest niemal najtrudniejszém i największéj prawie nauki i doświadczenia wymagającém. Wymienione powody skłoniły mnie do streszczenia kilku prac celniejszych autorów, dotyczących się rzeczonego urazu.

I. Jako 4te wskazanie do odjęcia odnogi (amputacyi) wymienia Fischer: Rany postrzałowe stawu kolanowego, połączone ze zgruchotaniem kości.

Tenże autor daléj pisze: Na podstawie doświadczeń nowszych, nawet bardzo nieznaczne nadwerężenia kości stawowych muszą nas skłaniać do amputacyi pierwotnéj. Wyniki rozmaitych sposobów leczenia tych urazów doprowadziły do tego wniosku. I tak, Heine leczył w ostatniéj wojnie szlezwickiéj 22 ran postrzałowych kolana. W jednym przypadku wykonano amputacyą pierwotną, w 17-tu przypadkach następową, a w jednym wypiłowanie stawu. Z tych wyzdrowiało 4ch chorych po amputacyi, a jeden leczony sposobem wyczekującym. Wycięcie kolana wykona-

no w téj wojnie 7 razy, a tylko 1 wyleczenie nastąpiło. Demme podaje stosunek śmiertelności = 76% ran postrzałowych stawu kolanowego z nadwerężeniem częściowém kości, leczonych sposobem wyczekującym, a to na podstawie doświadczeń z ostatniéj wojny włoskiéj. Chisolm przytacza następujące wyniki spostrzeżeń z ostatniéj wojny amerykańskiéj: Stosunek śmiertelności po pierwotném wypiłowaniu stawu kolanowego wynosi 90%, podczas gdy stosunek śmiertelności po pierwotném odjęciu w udzie w skutek ran postrzałowych kolana wynosił 46%. Leczenie wyczekujące stosowano w małoważnych nadwerężeniach kości, albo gdzie kości nie były wcale nadwerężone. Na 103 chorych, tym sposobem leczonych, wyzdrowiało 50, umarło 53 (śmiertelność 52%). Z tego wynika, że: 1) Rany postrzałowe kolana bez nadwerężenia lub z małém bardzo nadwerężeniem kości, mogą być leczone sposobem wyczekującym. 2) Że znaczniejsze uszkodzenia kości wymagają amputacyi pierwotnéj, nie resekcyi.

II. Simona praca, dokładna i obszerna,—oparta, jak wszystkie następujące, na wynikach ostatniéj wojny,—rozbiera przedmiot w sposób wyczerpujący.

Podaję tutaj tylko nader zwięzłe streszczenie téjże.

Ażeby rozstrzygnąć, czy kula francuzka lub pruska (*Chassepot* i *Langblei)* bez nadwerężenia kości przebić może staw kolanowy, autor robił liczne doświadczenia na trupach prętami żelaznemi, grubości kul wymienionych, na końcu mocno zaostrzonemi. Przekłówał on temi prętami staw kolanowy w rozmaitém ułożeniu i w rozmaitych kierunkach. Ostateczne wyniki tych ciekawych badań są następujące. Gdy kolano jest zgięte pod kątem 130°, można pręt odpowiadający grubości kuli pruskiéj przebić przez staw kolanowy w kierunku od przodu ku tyłowi bez nadwerężenia kości, a to wpychając tenże pod rzepką i prowadząc go między kłykcie. Tak samo przez kolano zgięte pręt da się przebić bez nadwerężenia kości w kierunku bocznym, w przedniéj trzeciéj części stawu: gdyż wtedy (w zgięciu) oddalają się powierzchnie stawowe kości udowéj i goleniowéj od siebie. Jeśli po tych doświadczeniach kolano wyprostuje się napowrót, to w ranach idących od przodu ku tyłowi rana skórna nie odpowiada ranie torebki. Rana stawowa zamienia się przez to w ranę podskórną. Rana skórna leży z przodu znacznie wyżéj, tak, że się pod nią znajduje rzepka wcale nie naruszona. W ranach poprzecznych skóra nie przesuwa się tak znacznie; jednak tutaj po wyprostowaniu kolana kłykcie tak znacznie ściskają torebkę i ranę tejże, iż następuje częściowe zamknięcie rany stawowéj, chociaż z takich ran wycieka nieco mazi (*synovia*).

Z wymienionych badań i ze spostrzeżeń czynionych przy łóżku chorego wynika, że rany stawu kolanowego szybko gojące się powstały przy zgiętém kolanie chorego, (a to nie znaczniejszém, niż powstaje podczas chodzenia.) Kula wtenczas bez nadwerężenia kości może przebić staw kolanowy. Ranę stawową zamienia lekarz lub chory przez samo wyprostowanie kolana na ranę podskórną, jak to z doświadczeń wymienionych wypada.

Przebieg chorobowy ran postrzałowych bez nadwerężenia kości był po większéj części następujący. Przy nieznacznych bolach, miernem obrzmieniem i miernéj gorączce występuje zapalenie torebki stawowéj wyższego stopnia, trwające trzy do cztérech tygodni, i ustępuje prawie równocześnie z zabliźnieniem ran skórnych. Ruchomość stawu wraca napowrót, a po kilku miesiącach jest ona prawidłową. W niektórych zaś przypadkach i osobliwie w ranach poprzecznych, gdzie rana stawowa nie zamienia się całkowicie przez wyprostowanie odnogi w ranę podskórną, powstawało zapalenie ropiaste torebki. Z ran skórnych wypływała maź stawowa zmięszana z ropą. Ból, gorączka i nabrzmienie było większém, niż w przypadkach powyżéj opisanych. W 8—10 tygodni następowało wyleczenie, ze sztywnością dość znaczną kolana, która dopiéro po miesiącach się polepszała. Wyjątkowo tylko po ranach stawu kolanowego bez nadwerężenia kości następowało całkowite zropienie stawu z oddzieleniem chrząstek i z ogołoceniem kości, kończące się śmiercią.

W postrzałach zaś kolana z nadwerężeniem kości wytwarzało się zawsze zgubne zapalenie stawu, które wyjątkowo tylko po kilkomiesięczném ropieniu prowadziło do wyleczenia ze sztywnością kolana. Przebieg tych śmiertelnych ropień rzadko kiedy był nagłym, najczęściéj występowało ropienie pomału; nabrzmienie ból i gorączka bywały w piérwszych 2—3 tygodniach tak mierne, że możnaby było sądzić, iż to jest przypadek rany postrzałowéj kolana szybko się gojący; wkrótce jednak ból, nabrzmienie i gorączka znacznie wzmagały się, przyłączały się dreszcze i wszystkie inne przypady zgubnego zapalenia ropnego stawu. Nawet znaczniejsze zgruchotania kości stawowych miały ten przebieg zdradziecki, powolny. Autor tłómaczy ten przebieg wynikami swych badań na czele wymienionych: przez wyprostowanie bowiem kolana przesuwa się skóra i z nią rana skórna, przez co rana stawowa zamienia się prawie w podskórną; brakuje więc powietrza we wnętrzu stawu, tego bodźca zgubnego.

Leczenie wyczekujące ran postrzałowych stawu kolanowego uskuteczniano w piérwszych chwilach w oprawie gipsowéj, w któréj w miejscu rany urządzano obszerny otwór; gdy zaś powstawało ropienie, ustalano odnogę w stosownych łubkach. Często przykładano lód na staw przed okazaniem się ropienia, co nie wpływało wcale na przebieg, wyjąwszy tylko, że zmniejszało bole. Lepiéj i i pewniéj atoli uśmierzano bole wstrzykiwaniami podskórnemi morfiny.

Simon dzieli rany postrzałowe stawu kolanowego na dwie główne gromady:

A. Rany bez nadwerężenia kości.

B. Rany z nadwerężeniem kości.

Wyniki leczenia wyczekującego ran bez nadwerężenia kości były bardzo szczęśliwe. Na 20—25 przypadków wyleczonych, widział autor tylko 2 przypadki śmierci.

Natomiast zmarła większa część chorych, cierpiących na nadwerężenie kości stawowych kolana, przy leczeniu wyczekującém. Na 30—35 chorych wyzdrowiało tylko 8—10. Lecz rzadko kiedy udało się u tych chorych następowe odjęcie odnogi (*amputatio*) lub wypiłowanie (*resectio*). W 6 przypadkach wykonano wypiłowanie (następowe?), we wszystkich sześciu przypadkach zakończone śmiercią. Daleko lepiéj udawała się pierwotna amputacya.

Na podstawie tych doświadczeń z ostatniéj wojny autor wyprowadza następujące wskazania:

A. Rany postrzałowe stawu kolanowego bez nadwerężenia kości leczą się sposobem wyczekującym.

B. Z nadwerężeniem zaś kości stawowych leczyć trzeba przez pierwotne odjęcie odnogi w udzie.

Z powyższych wskazań i prawideł wynika aż nadto ważność dokładnego natychmiastowego rozpoznania. Jest ono w nadwerężeniach znaczniejszych łatwém; czasami jednak, osobliwie przy nadwerężeniu kości udowéj w dołku międzykłykciowym, bardzo trudném. Gdy zaś i mniéj znaczne nadwerężenia wskazują pierwotną amputacyą, przeto koniecznem jest rozpoznanie dokładne.

Autor postępuje według następujących prawideł:

W ranach postrzałowych kolana świeżych, gdzie badanie stwierdza nadwerężenie, choćby nawet mało znaczące kości stawowych, autor przystępuje do pierwotnéj amputacyi.

W przypadkach zaś, w których badanie nie daje pewności, — według kierunku i siedziby rany rozmaicie się postępuje. Jeśli rana ma taki kierunek, w którym, według doświadczeń na trupach robionych, kula bez nadwerężenia kości mogła staw przebić: to wewnętrzne badanie palcem lub zgłębnikiem jest przeciwwskazaném. Takie wątpliwe przypadki leczyć należy sposobem wyczekującym, przewidując atoli potrzebę następowego odjęcia odnogi.

Jeżeli zaś kolano jest w takim kierunku zranione, iż z wielkiém prawdopodobieństwem przypuszczać można nadwerężenie kości: to dla dokładności rozpoznania dozwolone są wszystkie sposoby badania, nawet rozszerzenie otworu postrzałowego.

Od wyniku badania zależy leczenie zastosowane do wskazań powyżéj podanych.

Te przypadki, do których się było przywołanym w kilka dni po uszkodzeniu, leczy się, jeśli przypady zapalenia stawu nie są groźne, sposobem wyczekującym; w przeciwnym zaś razie, dokładnie zbadawszy chorego i stwierdziwszy nadwerężenie kości, przystępuje się do amputacyi następowéj, która jednak mało daje nadziei ocalenia życia.

III. Pirogow w sprawozdaniu swém z ostatniéj wojny tak się wyraża o ranach postrzałowych stawu kolanowego: Bardzo zadziwiało mnie szczęśliwe wyleczenie licznych ran stawu kolanowego od kul pochodzących. Widziałem około 40 takich szczęśliwych przypadków i znalazłem, ku największemu memu podziwieniu, w niektórych razach ruchomość stawu utrzymaną, pomimo że kula przebiła staw z wszelką pewnością. Widziałem dwa przypadki wyleczone, w których kula w kości pozostała. Podczas wojny krymskiéj prawie wszystkie nadwerężenia stawu kolanowego śmiercią się kończyły, bez względu na to, czy robiono amputacyą, czy nie. Szczęśliwy wynik wyczekującego leczenia w ostatniéj wojnie nie zależał jedynie od sposobu leczenia, ale od warunków następujących: 1) Wielkość kul szaspotowych (Pirogow zwiédzał szpitale niemieckie) różni się od dawniejszych. 2) Kości stawowe wskutek piérwszéj przyczyny rzadko kiedy nadwerężone zostały. 3) Kierunek rany także tu wpływa: przebieg ran mających kierunek z przodu w tył był znacznie łagodniejszy, aniżeli ran poprzecznych, lub skośnych. Rzepka rzadko kiedy zgruchotaną była.

Daléj wyraża się Pirogow o wypiłowaniu stawu kolanowego, jak następuje:

Rzadko kiedy wykonywano wypiłowanie stawu kolanowego w zakładach przez autora zwiédzanych: widział on dwa przypadki i słyszał o trzech innych. Jeden z tych dwóch chorych miał się dość dobrze, pomimo wielkiéj i silnie ropiejącéj rany, kość udowa była do góry przesunięta; drugi chory cierpiał już na ropnicę; pozostałe trzy przypadki zakończyły się podobno śmiercią. Późniéj słyszał autor, że w Mnichowie wykonano około 30 wypiłowań kolana, jednak bez skutku (porównaj pracę Nussbauma pod l. VII poniżéj podaną).

IV. Lücke w zestawieniu swém przytacza co do nadwerężeń stawu kolanowego następujące liczby. Ran postrzałowych kolana bez nadwerężenia kości leczono sposobem wyczekującym 24 przypadków; z tych chorych umarło pięciu (20.8% śmiertelności). Z pomiędzy 34ch chorych z postrzałami kolana połączonemi ze zgruchotaniem kości, których leczono sposobem wyczekującym, umarło 24 (70·5% śmiertelności). W skutek podobnych nadwerężeń wykonano 4 amputacye pierwotne, a 2 chorych umarło (Fischer, Koch). Z 9ciu amputacyj następowych umarło 4ch chorych. (Fischer, Koch).

V. Lossen leczył 11 przypadków nadwerężeń postrzałowych stawu kolanowego. Z tych było 8 bez naruszenia kości stawowych, w których przy leczeniu wyczekującém nastąpiło wyzdrowienie. W 3ch przypadkach pozostałych, z nadwerężeniem kości, wykonano amputacyą następową: z tych chorych 1 wyzdrowiał, a 2 umarło. Autor twierdzi, że w ostatniéj wojnie przy tych nadwerężeniach za nadto daleko posunięto chirurgią zachowawczą i ustanawia następującą zasadę:

We wszystkich przypadkach ran postrzałowych kolana, gdzie istnieje zgruchotanie kości stawowych lub do stawu dochodzące pęknięcie, pierwotna amputacya jest wskazaną. W wymienionych bowiem przypadkach, pomimo najśpieszniejszego i najlepszego leczenia, prawie zawsze wystąpiło zgubne zapalenie ropne stawu. A jeśli się takich chorych w wagonie lub podwodą przez kilka dni przewozi: to znajdziemy u nich, zanim się do miejsca przeznaczonego dostaną, już rozwiniętą gnilicę (*septicaemia*).

Przebieg ran postrzałowych bez nadwerężenia kości był łagodny i pomyślny. Wymienione przypadki leczono w oprawach gipsowych, lub w łubkach blaszanych. Po wyleczeniu ran stawowych zakładano dla lekkiego ustalenia stawu przyrząd klejowy, w którym chorzy przez kilka tygodni chodzili.

VI. Socin leczył 32 chorych z ranami postrzałowemi stawu kolanowego, z których 17 (53%) umarło. U 3ch chorych wykonano następowe odjęcie kończyny, u 4 chorych następowe wypiłowanie, we wszystkich 7 przypadkach z zakończeniem śmiertelném. 25 przypadków leczono sposobem wyczekującym, z tych umarło 10 (40%). W 11 przypadkach z liczby dopiéro co wymienionych 25ciu był przebieg chorobowy bardzo łagodny, prawie nie było żadnego ropienia w stawie; 4 z tych należą do przypadków ran postrzałowych bez nadwerężenia kości, powstałych sposobem przez Simona podanym; w pozostałych 7 przypadkach nie dało się z wszelką pewnością wykluczyć lub udowodnić nadwerężenie kości.

VII. Nussbaum twierdzi, że nadwerężenia postrzałowe stawu kolanowego wyjątkowo tylko sposobem wyczekującym dadzą się wyleczyć, a mianowicie takie, w których tylko torebka jest naruszoną, a kość nie jest nadwerężoną. Leczenie wyczekujące wymaga tak znacznego zasobu doświadczenia i nauki, że ono tylko pod dozorem wysoko wykształconych lekarzy może być przeprowadzoném skutecznie. Jeżeli nadwerężenie stawu kolanowego nie da się sposobem wyczekującym wyleczyć, to przystępuje się do operacyi. Są tu dwa główne obozy: jedni radzą odjęcie odnogi nad kolanem; inni zaś, do których i autor należy, wypiłowują staw kolanowy, a to w tych przypadkach, w których nie są naruszone ani naczynia główne, ani nerwy, a gdzie części miękkie podudzia i stopy są zdrowe.

Przy wypiłowaniu stawu nie przecina się ani naczyń głównych, ani nerwów, jak to się dzieje przy amputacyi; nadto rana po odjęciu odnogi w udzie jest daleko większą, niż po wypiłowaniu kolana. Amputując odnogę, odcina się $1/5$ część ciała, a chorzy czasami w kilka godzin po operacyi umierają, co się przy wycięciu kolana nigdy nie zdarza. Wyniki ostateczne przemawiają także za wycięciem w kolanie. Zazwyczaj następuje zrośnięcie kostne, a chory nawet bez pomocy laski chodzić może; a gdzie to zrośnięcie nie nastąpi, to przy pomocy narządu odpowiedniego chorzy mogą używać swéj odnogi. Skutkiem ostatecznym odjęcia odnogi jest albo odnoga sztuczna, albo też szczudło.

Autor przechodzi do statystyki obu operacyj. Wittich podaje dla wypiłowania stawu odsetek śmiertelności =19, po odjęciu zaś odnogi w udzie 45%. Metzler wyleczył po wycięciu stawu na 11 chorych 7; Bruns na 9 chorych 7. Lotzbeck, przeciwnik wycięcia stawu kolanowego, podaje 74% śmiertelności po odjęciu odnogi

w udzie, a 72% po wypiłowaniu w kolanie; Nussbaum 88% śmiertelności po amputacyi uda, a 53% po resekcyi w kolanie.

Mylném jest twierdzenie, że wypiłowanie w stawie kolanowym na wojnie nie jest wskazaném: albowiem co w czasie pokoju jest niebezpieczniejszém, to i w czasie wojny będzie takiém. Autor wykonał, o ile jemu wiadomo, najwięcéj wypiłowań stawu kolanowego podczas wojny; jednakże wyniki tych operacyj nie są jeszcze dostatecznie znane: gdyż najczęściéj chorych swych wkrótce po rękoczynie opuścić musiał. W ostatniéj wojnie wykonał autor wymienioną operacyą u 26 ranionych: z tych 10 jako pewnie wyleczonych uważać można, chociaż 3 z nich w kilka miesięcy po operacyi umarło na czerwonkę, (w tych trzech przypadkach nastąpiło zrośnięcie kostne); odsetek śmiertelności téj operacyi wynosi więc 61. Z 14 chorych, u których autor wykonał odjęcie odnogi w udzie, jeden tylko żyje, t. j. śmiertelności procent 92. Demarquay wykonał tylko jedno wypiłowanie i to z dobrym skutkiem. Jeden tylko zarzut może być zrobionym wypiłowaniu w stawie kolanowym, a jest nim to, że chory daleko większéj opieki i staranności wymaga, niż po amputacyi; jednakowoż nie może on pod żadnym warunkiem być uwzględnionym. Resekcya w kolanie jest w chirurgii wojennéj wskazaną, dopóki nie będzie udowodnioném, że takowa jest niebezpieczniejszą, niż odjęcie uda.

Co do sposobu wykonania operacyi, autor zaleca cięcie płatowe i nie sprzeciwia się zakładaniu sączków (*drains*). Kość udową odpiłowuje nieco skośnie tak, że na przodzie nieco dłuższą bywa, niż z tyłu. Jeśli zgruchotanie kości jest znaczniejszém, to można i więcéj téjże odpiłować. W jednym przypadku autor odpiłował 25 cm. kości, zrośnięcie kostne nastąpiło, a chory za pomocą stosownego narządu dość dobrze chodzi, w każdym razie lepiéj, niż po amputacyi. Jeśli pęknięcie małe sięga wysoko do góry na kości udowéj, to można kość nizko odpiłować i odłamek ten odjąć. Pozostawienie rzepki nie ma żadnéj wartości. Najważniejszą jest rzeczą, ażeby ranę taką wytworzyć, któraby nie miała własności rany stawowéj: im dokładniéj się odejmą chrząstki i torebkę stawową, tém mniéj jest niebezpieczeństwa dla chorego. Odnogę ustala się oprawą gipsową, z otworem w okolicy rany; drutami żelaznemi wzmacnia się przyrząd.

Autor przytacza przypadek, w którym wykonał wypiłowanie kolana wieczorem przy nędzném oświetleniu. Z braku potrzebnych przyrządów, nie mógł on odnogi ustalić i zostawił chorego, zawinąwszy odnogę w prześcieradło. Pomimo tego nastąpiło wyzdrowienie. Przypadek ten udowadnia, że nie jest konieczną rzeczą zaraz w piérwszych chwilach po operacyi odnogę ustalić.

Następowe odjęcie odnogi rzadko kiedy po wypiłowaniu będzie wskazaném.

W końcu autor wyprowadza następujące wnioski:

1) Leczenie wyczekujące nadwerężeń stawu kolanowego do obecnéj chwili więcéj szkodziło, niż pomagało, i musi dla tego tylko bardzo doświadczonym lekarzom być powierzoném.

2) Wypiłowanie kolana jest zarówno podczas pokoju, jak podczas wojny mniéj niebezpieczném, niż odjęcie uda, za czém przemawia statystyka i ta okoliczność, że przy wypiłowaniu stawu kolanowego naczynia i nerwy główne nie ulegają nadwerężeniu.

3) Wyników ostatecznych wypiłowania nie można nawet porównywać z wynikami odjęcia odnogi w udzie: gdyż w piérwszym przypadku posiada chory odnogę, a w ostatnim nie.

4. Niesprawiedliwą i nieludzką jest rzeczą odjąć podudzie zdrowe i stopę zdrową, jeśli możebność pozostawienia tychże istnieje.

5) Przy wykonaniu wypiłowania najważniejszém jest to, ażeby ranie odjąć właściwość rany stawowéj.

VIII. Metzler twierdzi, iż największe niebezpieczeństwa przy wypiłowaniu kolana powstają przez pozostawienie części stawowych, które nader są skłonne do długotrwałego uporczywego ropienia: piérwszym więc warunkiem udania się téj operacyi, jakoteż operacyi Gritti'ego, jest oddalenie staranne wszystkich części stawowych. Gdy się uwzględni to prawidło, upada przez to piękna myśl wytworzenia nowego stawu; a prócz wymienionego prawidła, głównie starać się trzeba o zrośnięcie silne powierzchni kości odpiłowanych.

Sposób operowania i leczenia następowego musi wymienione warunki umożebnić.

Autor operuje cięciem płatowém zaokrągloném, wyłuszcza rzepkę i oddala starannie torebkę stawową, a przy zapaleniach stawu wszystko to, co jest schorzałém. Poczém przecina więzadła krzyżowe (*ligg. cruciata*) i odpiłowuje najpiérw powierzchnią stawową kości udowéj równolegle z dolną powierzchnią kłykciów, a potém kości goleniowéj i piszczelowéj(!). Z tą samą starannością, jak przedtém na przedniéj powierzchni, oddala torebkę stawową na tylnéj powierzchni stawu.

Rana tak wytworzona mało się różni od rany przy złamaniu powikłaném (*fract. complicata*), jest ona znacznie korzystniejszą, atoli jest raną regularną i składa się tylko z kości, skóry i nieco tkanki łącznéj. Ranę spajał autor szwem węzełkowym, zostawiając kąty górne niespojone dla łatwiejszego odpływu ropy i dla uniknięcia ropni następowych.

Tym sposobem lecząc, otrzymywał najczęściéj rychłozrost płatu skórnego (*prima reunio*), tylko, że tylne kąty długo ropiały. Rany autor nie przykrywał i nie przestrzykiwał, gdyż ropa dobrowolnie odpływała. Potrzebném jest tylko obmycie rany i odnowienie podkładek.

Przepiłowanie kości ma być według ogólnego prawidła tak wykonaném, ażeby jamy kości nie otworzyć: gdyż w takim przypadku wynik operacyi miałby być ujemny. Autor jednak otwierał przy téj operacyi jamę wszystkich trzech kości, tak, że około 15 cm. kości wyjmowano; właśnie w tych przypadkach następowało najpomyślniejsze wyleczenie.

Podobnie, jak sposób operowania, wpływa też i następowe leczenie bardzo znacznie na korzystne wytworzenie użytecznéj odnogi. Autor układał odnogę na łubce angielskiéj. Ażeby zapobiedz stanowczo przesunięciu kości udowéj, która w skutek działania mięśnia biodrowo-polędźwicowego (*musc. ileo-psoas*), zbacza do góry (i na wewnątrz Ref.), autor używał kolca Malgenia (Malgaigne), podanego do leczenia złamań skośnych podudzia. Kolec wspomniony został do łubki przymocowany. Cięciem osobném, w środku płatu prowadzoném, wbito go w kość udową i ustalono ją tym sposobem. Kolec ten znoszą chorzy bardzo dobrze i pozostawiano go 6 do 8 tygodni. Kolec miał kształt zaostrzonéj oliwki, ażeby nie wchodził zanadto głęboko w kość, czasami zmiękczoną.

Z 11 przypadków wyleczono 7, umarło 4. We wszystkich 7 przypadkach nastąpiło zrośnięcie kostne. Zatoki wcale nie powstawały, a przypadki opisane przez innych autorów, w których długotrwałe zatoki pozostały, są takie, w których pozostawiano rzepkę. Do wyleczenia potrzeba było 8 do 11 tygodni.

Autor operował we wszystkich przypadkach z powodu zapalenia stawu. Podczas wojny ostatniéj nie miał sposobności wymienioną operacyą wykonać. Jednak zdaje się, że niekorzystne wyniki tego rękoczynu podczas wojny za-

leżą od trudności leczenia następowego i od sposobu operacyi samej, przy której wielka część utkania surowiczego pozostawia się. Obu niedogodności można uniknąć, postępując podług powyższego opisu.

Autor widział w ostatniéj wojnie jeden przypadek wypiłowania kolana wyleczony, w którym wykonano cięcie płatowe i wyłuszczono rzepkę.

Pomyślne zakończenie i dobry wynik operacyi zależą więc od:

1) cięcia płatowego;

2) oddalenia rzepki;

3) od starannego oddalenia wszystkich utkań, które wywołują długotrwałe ropienie i zapalenie;

4) użycia łubki i koła wspomnionego.

IX. Z wykładu Volkmanna „O wycięciach stawów" (który późniéj cały w streszczeniu podam) wyjmuję tylko część dotyczącą leczenia ran postrzałowych stawu kolanowego. Wycięcie stawu kolanowego w skutek ran postrzałowych w ostatniéj wojnie rzadko kiedy udało się: prawie wszyscy chorzy umarli. Pierwotne lub następowe wypiłowanie jest znacznie niebezpieczniejszém, niżeli odjęcie odnogi w udzie. W szczególności okazało się, iż w przypadkach tych, w których wypiłowanie dałoby się uskutecznić, t. j. wzłamaniach nader ograniczonych, w prostych przedziurawieniach i zgnieceniach kłykciów, w zgruchotaniach rzepki, osobliwie zaś w nadwerężeniach saméj tylko torebki, leczenie wyczekujące daleko lepszy daje skutek, aniżeli wypiłowanie stawu. Leczono w ostatniéj wojnie znaczną ilość wymienionych nadwerężeń skutecznie sposobem wyczekującym. Autor sam więcéj niż 20 takich przypadków widział. Jeśli w wymienionych przypadkach po bezskuteczném leczeniu wyczekującém wykonywa się wypiłowanie następowe, nie będzie ono skuteczném. Z wymienionych przyczyn obecnie lekarze niemieccy prawie nigdy nie wykonywają wypiłowania stawu kolanowego podczas wojny. Większa część z nich, którzy w wojnie prusko-rakuskiéj w niektórych przypadkach dla próby wypiłowanie stawu kolanowego wykonywali, podczas wojny ostatniéj z zasady do téj operacyi nie przystępowali. W r. 1866 trzy razy wypiłowywał autor staw kolanowy w przypadkach, któreby teraz leczył sposobem wyczekującym. Wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią; w jednym wprawdzie po kilku miesiącach już nastąpiło zrośnięcie silne kości udowéj i goleniowéj.

W ogólności zdania nasze co do wartości téj operacyi w czasie wojny, są tylko tymczasowe: kazuistyka dotychczasowa jest jeszcze zanadto mała, operacyą wymienioną za rzadko wykonywano, aby dojść do pewnych wniosków stanowczych.

X. König wykonał w wojnie ostatniéj 2 wypiłowania kolana następowe, a w roku 1866 jedno. Ztych 3 chorych wyzdrowiało 2, jeden zaś umarł w 3 tygodnie po operacyi w skutek ropnicy. Na podstawie swego doświadczenia, wyklucza autor z chirurgii wojennéj pierwotne wypiłowanie: gdyż jest rzeczą niemożebną, ażeby chory najmniéj przez 4 tygodnie na jedném miejscu leżał. Jeżeli zgruchotanie kości udowéj nad kłykcie sięga, wykonywa autor pierwotną amputacyą. Sądzi jednak, że następowe wypiłowanie wykonane w lazaretach rezerwowych jest uprawnioną operacyą.

Co do saméj operacyi, autor operuje cięciem łukowatém, rzepka pozostaje. Ranę zeszywa, lecz zostawia dwa otwory w okolicy kłykciów i prowadzi przez rany sączek. Lekko zgiętą odnogę ustala oprawą gipsową, którą wzmacnia przytłoczką gips. przymocowaną na tylnéj powierzchni odnogi. Dwa kabłąki żelazne wprawiają się na przedniéj powierzchni przyrządu i wycina się otwór tak wielki, ażeby i górny kącik stawu był odsłonięty, gdyż z tego miejsca najczęściéj gwałtowne ropienia swój początek biorą. Odnogę kładzie się na poduszkę piaskiem napełnioną i przytwierdza się obie do łóżka. Rana zostawia się otworem i leczy się ją sposobem wiadomym.

XI. Cousin, który pod przewodnictwem Dr. Demarquay'a w ostatniéj wojnie był czynnym, podaje 3 przypadki wypiłowania stawu kolanowego, wskutek ran postrzałowych tegoż: jedno pierwotna, wyleczone; 2 zaś następowe z zakończeniem śmiertelném.

Demarquay operuje cięciem półksiężycowém (Moreau) i zostawia rzepkę, daléj pozostaje torebka stawowa i wymywa się rana rozczynem półtora-chlorku żelaza roztworzonym w równéj części wodą. Odnogę wkłada się do rynewki blaszanéj, a na przednią powierzchnią przychodzi druga rynewka, aby zapobiedz przesunięciu kości udowéj. Po ustąpieniu objawów zapalnych gwałtowniejszych zakłada się oprawa gipsowa.

Demarquay uważa odjęcie odnogi pierwotne w udzie za operacyą mniéj niebezpieczną, niż wypiłowanie stawu kolanowego, które tylko do bardzo szczególnych przypadków ograniczyć trzeba.

Z zestawienia powyższego wynika że jeszcze nie można z pewnością sposobu leczenia ran postrzałowych stawu kolanowego rozstrzygnąć, zpowodu niedostatecznéj jeszcze podstawy statystycznéj.

Jednakowoż nie można powiedzieć, ażeby się ostatnia wojna nie przyczyniła do znacznego postępu i do wyjaśnienia niektórych ważnych szczegółów, wpływających na leczenie postrzałów stawu kolanowego.

Ważne i donośne doświadczenia Simona, na trupach uskutecznione, tłómaczą nam dokładnie sposób powstania i własności niektórych ran postrzałowych kolana. Pewniki te są pod względem leczniczym i prognostycznym bardzo ważne. Wiadomo jest obecnie, że kula może w niektórych kierunkach staw przebić bez nadwerężenia kości i że rany te zamieniają się prawie w rany podskórne przez wyprostowanie odnogi.

Daléj zasługuje na uwagę, osobliwie pod względem statystycznym i leczniczym, podział ran tych na nadwerężenia saméj tylko torebki stawowéj i na rany postrzałowe stawu z nadwerężeniem kości.

Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że postrzały stawu kolanowego bez nadwerężenia kości stawowych mają być leczone sposobem wyczekującym. Co do leczenia zaś ran wymienionych połączonych z nadwerężeniem kości, to są tutaj zdania podzielone. Jedni radzą lżejsze nadwerężenia kości leczyć sposobem wyczekującym (Pirogow, Volkmann); inni przy małoznaczących nawet nadwerężeniach kości stawowych przystępują do pierwotnego odjęcia odnogi (Simon, Fischer, Lossen). W ogólności przeważna część autorów odradza wypiłowanie kolana; tylko Nussbaum i Metzler (którytо ostatni nie robił żadnego wypiłowania podczas wojny) są za pierwotném wycięciem stawu kolanowego; a König, wielki zwolennik wypiłowania kolana, odradza od wypiłowania pierwotnego, które z powodu potrzeby częstego przesiedlania chorego nie jest możebném: chory bowiem po wykonaném wypiłowaniu nie może być transportowanym. König przemawia za wypiłowaniem następowém, wykonywaném w zakładach zapasowych, gdzie chory przez cały czas leczenia nie bywa przenoszonym.

Słusznie więc mówi Volkmann, iż obecnie nie można stanowczo i dokładnie oznaczyć sposobu leczenia postrzałów kolana.

Nie miałem sposobności podczas jakiéjkolwiek wojny być czynnym; lecz na podstawie powyższych prac i mego

własnego doświadczenia co do wypiłowania kolana, jestem także przeciwnikiem wypiłowania kolana uskutecznianego podczas wojny. W wyjątkowych atoli przypadkach i w wyjątkowych stosunkach może byłaby ta operacya wskazaną. Operacya sama nie przedstawia żadnych trudności; lecz wynik pomyślny zależy od następowego leczenia chorego, które zaczyna się od dobrego i trwałego ustalenia odnogi.

Że ów chory wyzdrowiał, którego Nussbaum po operacyi bez opatrzenia opuścił: to nie dowodzi, iż tak postępować należy; lecz przeciwnie fakt taki przemawia przeciwko wypiłowaniu kolana. Dalej wymaga taki chory opieki nader starannéj, a opatrunek czasami zająć może więcéj nawet nad godzinę czasu, co się nie da uskutecznić podczas wojny. Nareszcie, jak to słusznie König wypowiedział, nie można takiego chorego transportować.

Prędzéj dałoby się wypiłowanie następowe zastosować, gdyby ogólny stan zdrowia za tą operacyą przemawiał.

Co do saméj operacyi, to zarzucono prawie całkiem cięcie podłużne Langenbecka i operowano cięciem poprzecznem, bądź łukowatém, bądź płatowém. Rzepkę pozostawiano, lub téż odejmowano. Na szczególne uwzględnienie zasługują prace Nussbauma i Metzlera, którzy jak najstaranniéj odejmują ranie cechy rany stawowéj. Odnogę ustalano albo w oprawach gipsowych, albo téż w łubkach. Oprawa gipsowa, połączona z przyrządem ustalającym miednicę, n. p. z leszczotką boczną, aż do miednicy sięgającą, najlepiéj odpowie temu celowi podczas wojny. W innych razach przemawiam za leszczotką blaszaną, lub téż za łubką z drzewa z leszczotką boczną, aż do miednicy idącą.

W krótkości jeszcze raz zbiorę wyniki badań i doświadczeń z ostatniéj wojny co do postrzałów stawu kolanowego. Są one następujące:

1. Kula karabinowa może odnogę zgiętą w kolanie przebić w niektórych kierunkach bez nadwerężenia kości stawowych. Przez wyprostowanie odnogi zamienia się rzeczona rana prawie w ranę podskórną stawową. Ztąd pochodzi łagodny przebieg niektórych nadwerężeń stawowych.

2. Nadwerężenia stawu kolanowego postrzałowe bez naruszenia kości mają być leczone wyczekującym sposobem.

3. W postrzałach stawu kolanowego z nadwerężeniem kości wykonywa się zazwyczaj odjęcie pierwotne odnogi w udzie; wyjątkowo zaś tylko, przy nader sprzyjających stosunkach zewnętrznych, możnaby pomyśleć o wypiłowaniu stawu kolanowego.

4. Amputacya i resekcya następowa dają bardzo niepomyślne wyniki; nie można obecnie rozstrzygnąć, który z wymienionych rękoczynów jest mniéj niebezpieczny.

Co do wypiłowania samego kolana, to dochodzimy do następujących wniosków:

a. Stosować należy cięcia poprzeczne.

b. Przez staranne oddalenie torebki stawowéj i rzepki zamienia się ranę stawową w ranę zwykłą.

c. Ustala się odnogę natychmiast po operacyi przyrządem gipsowym i boczną leszczotką, aż do miednicy sięgającą.

d. Przesiedlenie chorego po wypiłowaniu kolana nie jest dozwolone, zanim się nie zrosną kości, których końce odpiłowano.

POSIEDZENIA TOWARZYSTW.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II. dnia 20 stycznia 1874 r.

Przewodniczący kol. Blumenstok.—Obecnych członków 17.

1) Sekretarz stały wnosi w imieniu rady zawiadowczéj: *a.* Aby wezwać członków korespondentów do zasilania Przeglądu lekarskiego swojemi pracami.

b. Aby sprawozdania z ważniejszych posiedzeń Tow. były umieszczane w dziennikach lekarskich niemieckich.

c. Aby sprawozdania z prac lekarskich polskich dokonanych w r. 1873 były umieszczone w rocznikach sprawozdawczych Virchowa i Hirscha w imieniu Towarzystwa.

Wnioski przyjęto.

2. Kol. Merunowicz odczytał streszczenie pracy Moslera: „O Bielicy," która mu posłużyła do objaśnienia przypadku téj choroby przedstawionéj na jednem z ostatnich posiedzeń.—W rozprawach nad tym przypadkiem kol. Korczyński przytacza przypadek bielicy, opisany przez Prof. Biesiadeckiego, ważny pod względem przyczynowym z tego powodu, że rozpoczął się dreszczem i gorączką i przybrał postać zimnicy z torem trzeciaczkowym. Na kilka tygodni przed przybyciem do szpitala pozbył się chory napadów zimnicznych; lecz okazywał ogromny obrzęk śledziony i liczne po całém ciele guzy rozmaitéj wielkości. Pomimo bardzo wielkich zadawek chininy śledziona nie malała. Wspomniał zarazem o wykryciu w moczu bielicowych przez Scherera hipoksantyny, któréj ani Salkowski, ani inni wykryć nie mogli. —Kol. Pareński podał wiadomość o zmianie bielicowéj w kościach, cechującéj się zanikaniem komórek szpikowych (*myèloplaxes*) i rozrzedzeniem istoty kostnéj poczynającéjm się od powierzchni szpikowéj. Neumann uważał takie zmiany w żebrach, w trzonach kręgowych, piersiowych i w trzonie (*diaphysis*) kości ramieniowéj, obok czego znalazł gruczoły limfatyczne i śledzionę w stanie prostego przerostu i zmiany we krwi, jakie podaje Mosler.

3). W dalszym ciągu odczytał kol. Domański dokończenie rozprawy: „O rozpoznawaniu i leczeniu porażeń".

4). W końcu przedstawił kol. Korczyński gruntownie uzasadniony wniosek względem utworzenia komisyi terminologicznéj. Wniosek ten wszyscy popierają, a rozprawę nad nim odłożono na najbliższe posiedzenie.

Dr. *Buszek.*

RZECZY PUBLICZNO-LEKARSKIE.

Studnie publiczne. W Prusiech wyszło polecenie, aby władze miejscowe miały staranie, aby wszystkie miejscowości zaopatrzone były w dostateczną ilość dobréj do picia wody: w tym celu więc założone być mają studnie publiczne, gdzie ich dotąd nie ma, i zarządzone potrzebne środki, by woda do picia w żadnym razie zanieczyszczoną nie została. Istniejące studnie mają być zbadane ze względu na dobroć i dostateczność wody. Studzien publicznych nie wolno zakładać w blizkości kloak, garbarni, farbierni i t. p., a powinny być urządzone wedle przepisów § 324 i 367 Nr. 12 prawa karnego dla Rzeszy niemieckiéj. (*Dz. Pozn.*)

* **Magnesy do wydobywania opiłek z ócz.** W kilku warsztatach paryskich fabryk wyrobów metalowych urządzono sztuczne magnesy, służące do wydobywania drobnych opiłek wpadających w oczy robotnikom. Potężne te magnesy, mogące udźwignąć kilkanaście funtów ciężaru, z ła-

twością dobywają choćby głęboko uwięzgłe opiłki. Jak wielkiém jest to dobrodziejstwem, dowodzi najlepiéj nieustanne uciekanie się robotników do tego przyrządu.

* Korespondent „St. Peter. Wiedom." pisze: Mieszkańcy Pińska z wielką radością powitali inżynierów, którzy z polecenia rządu przybyli tam dla uprzedniego zbadania i niwelacyi gruntów, mającego na celu projektowane osuszenie bagien, które jak mówią, ma odbyć się sposobem kanalizacyi tak, aby woda z bagien spływała do Prypeci.

(*G. P.*)

DROBIAZGI TERAPEUTYCZNE.

Lander. **Chlorek potasowy w padaczce.** Dr. L. używa chlorku potasowego zamiast bromku potasowego w padaczce. Wymienia zaś następujące korzyści z użycia tego środka: jest dzielniejszym, chociaż sześć razy droższym, i nie ma złych następstw bromku potasowego. L. rozpoczynał od małych zadawek, lecz mógł przedłużać użycie tego środka przez miesiące bez dolegliwości, w codziennych zadawkach od drachmy aż do półtoréj drachmy. Według Dr. L., bromek potasowy zamienia się w żołądku na chlorek. Jestto zatém nowy powód do przepisywania go w téj ostatniéj formie. (*Scalpel* belg. — *The Lancet*, II, 1873, N. 2.) Dr. *Muszkiet.*

* **Clysma contra dysmenorrhoeam hystericam.**

Rp. Asae foetidae gm. 4 (dr. 1.)
Vitelli ovi . . „ 20 („ 5.)
Tinct. opii croc. gtt. 20
Extr. Valerian. gm. 2 (dr. $^1/_2$.)
Dct. rad. Alth. „ 100 (unc. 3.)
M. D. S. Do enemy. (*Union méd.*)

Wspominki historyczne.

6 Marca 1555 r. skończył Józef Struś w Poznaniu słynne dzieło swoje, obejmujące naukę o tętnie: „*Sphygmicae artis jam mille ducentos annos perclitae et desideratae Libri V. Basileae p. Joannem Oporinum.*" Dr. *Oettinger.*

WIADOMOŚCI URZĘDOWE.

Stopień Doktora wszech nauk lekarskich w Uniwersytecie Jagiel. otrzymali w dniu 28 Lutego r. b. JJP. Ignacy Krówczyński ze Lwowa i Kazimierz Berezowski z Kozłowa w Galicyi.

Zamianowania. Namiestnik mianował dyplomowanego weterynarza Dyonizego Harasymowicza tymczasowym weterynarzem w Husiatynie; przeniósł zaś Leona Bergmanna, weterynarza powiatowego, z Husiatyna do Borszczowa.

Grono Profesorów nauk lekarskich w Uniwersytecie Jagiell. na posiedzeniu odbytém d. 27 Lutego r. b.' mianowało JP. Dr. Adolfa Wursta asystentem przy klinice okulistycznéj w Krakowie.

Zaszczytne odznaczenia. Najjaśniejszy Pan, uznając bardzo skuteczną służbę w ogóle, a podczas ostatniéj epidemii w szczególe, udzielił: Drowi Janowi Wetzerowi, lekarzowi sztabowemu w szpitalu garnizonowym w Krakowie krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa; tenże sam order Drowi Szymonowi Elbogenowi, lekarzowi pułkowemu w pułku piechoty królewicza pruskiego N. 20; Antoniemu Błotnickiemu, gefreitrowi oddziału sanitarnego Nr. 15 w Krakowie, srebrny krzyż zasługi. Z tego samego powodu polecił N. Pan wyrazić swojo najwyższe zadowolenie: lekarzowi sztabowemu w szpitalu garnizonowym w Krakowie Drowi Antoniemu Wernerowi i lekarzowi pułkowemu w pułku Schmerlinga N. 67 Drowi Karolowi Sorysiewiczowi.

Sprawy lekarskie w Wydziale krajowym w m. Styczniu 1874 r. Z powodu orzeczenia ministerstwa spraw wewnętrznych, uchylającego wykonanie zarządzeń w dziedzinie policyi zdrowia, wydanych na podstawie orzeczenia Wydziału krajowego co do zanieczyszczenia rzeki Strymby w Tyśmienicy przez odpadki w garbarni Kupferberga, uchwalił Wydział krajowy poddać Trybunałowi państwowemu wniosek o rozstrzygnięcie tego sporu kompetencyjnego.

W myśl uchwały Wys. Sejmu z 17 Grudnia 1873, postanowił Wydział krajowy: *a*) urządzić biuro statystyczne dla niesienia pomocy Wydziałowi krajowemu i komisyom sejmowym w pracach ustawodawczych i administracyjnych, określając bliżéj zakres czynności tego biura; *b*) zlecić Dr. Tadeuszowi Pilatowi prowadzenie tymczasowego biura statystycznego z przydaniem do pomocy współpracownika konceptowego i potrzebnéj ilości dyurnistów; współpracownikiem konceptowym zamianować Dra Władysława Ochenkowskiego, wyznaczając mu remuneracyą w rocznéj kwocie 120 złr.

Na wniosek Wydziału powiatowego w Złoczowie nie przyzwolono pozostawić tymczasowo Dr. Zukernadla przy tamecznym szpitalu pow.

Zatwierdzono budżety na r. 1874 szpitali powszechnych w Wadowicach, Zaleszczykach i Jaśle.

Wydano wzór instrukcyi dla lekarzy szpitali powszechnych na prowincyi.

Przyznano emeryturę Dr. Karolowi Naglowi dotychczasowemu prymaryuszowi lwowskiego szpitalu powszechnego.

Sprawy lekarskie w Wydziale krajowym w Lutym 1874 r. Na posiedzeniu dnia 3 Lutego r. b. Wydział krajowy uchwalił: 1ód. Potwierdzić statut czytelni, którą lekarze zakładają dla chorych w szpitalu św. Łazarza, wyrażając założycielom podziękowanie za ich gorliwość.

2re. Upoważnić Dyrekcyą Szpitali krakowskich do wydania sprawozdania naukowego za 1873 rok i wyznaczyć na ten cel 200 złr. z funduszu dyspozycyjnego.

Na posiedz. dnia 24 Lutego Wydział krajowy mianował Dra Józefa Orłowskiego lekarzem ordynującym w szpitalu powszechnym w Przemyślu.

Wydział krajowy mianował członkiem krajowéj Rady zdrowotnéj Dra Ludwika Gębarzewskiego na miejsce Dra Juliana Czerkawskiego obranego do Rady Państwa.

Wyciąg z protokółów posiedzeń c. k. Rady zdrowotnéj z r. 1873. (Dok.) C. k. Rada zdrowotna:

9. Oświadczyła się przeciw zezwoleniu żądanemu przez Ks. Ogonowskiego, na wymurowanie rodzinnego grobowca na cmentarzu cerkiewnym w Czahrowie.

10. Na zapytanie c. k. sądu krajowego karnego w Krakowie objawiła zdanie, że o utracie dyplomu akuszerki w razie skazania jéj za przestępstwo z §. 335 u. k. orzekać winien w następstwie wymiaru kary dotyczący sąd karny, zawiadamiając o tém szkołę akuszerek, w któréj skazana położna dyplom uzyskała, z zawezwaniem, aby położną, skazaną na utratę dyplomu, z listy dyplomowanych akuszerek wykreślono.

11. Oświadczyła, że nie uznaje potrzeby zaprowadzenia katastru bydła, oraz zamianowania inspektorów pogranicznych w powiatach graniczących z Królestwem Polskiém.

12. Orzekła, że otworzenie zakładu kontumacyjnego w Majdanie w powiecie Jarosławskim, kosztem rządu, jest pożądanem; że atoli w razie otworzenia tego zakładu czas trwania kontumacyi w tymże zawisłym uczynić należy li tylko od stanu zdrowia bydła w Królestwie Polskiem, bez względu na oznaczony czas trwania kontumacyi w innych zakładach kontumacyjnych w Galicyi.

13. Podała niektóre wskazówki, do wprowadzenia ulepszeń w zakładach kontumacyjnych służyć mające.

14. Wypracowała cennik leków nieobjętych farmakopeą, oraz ustanowiła cenę pijawek i oleju rącznikowego.

15. Objawiła swe zdanie co do miejscowości dla nowo otworzyć się mającéj 11éj apteki we Lwowie, ponawiając wniosek uczyniony w r. 1872 o potrzebie otworzenia 12éj apteki we Lwowie.

16. Oświadczyła się za udzieleniem pozwolenia aptekarzowi Nitribitowi na przeniesienie apteki z Krynicy do Muszyny i utrzymywanie filii apteki w Krynicy podczas pory kąpielowéj.

17. Postanowiła przedstawić namiestnictwu potrzebę wydania stosownych rozporządzeń, aby drobna sprzedaż wszelkich środków leczniczych li tylko aprobowanym i koncesyonowanym aptekarzom poruczona, kupcom zaś i kramarzom towarów drobiazgowych i korzennych wzbronioną została.

18. Uznała potrzebę otworzenia nowych aptek w Baligrodzie, Olesku, Lutowiskach, Mikołajowie i Potoku.

19. Orzekła, że nie uznaje potrzeby otworzenia drugiej apteki w Brzeżanach, trzeciej w Przemyślu i czwartej w Tarnowie, oraz nowych aptek w Strusowie, Leszniowie, Podwołoczyskach, w Dubiecku i Uściu solném.

20. W ocenie memoryału Towarzystwa aptekarskiego galicyjskiego, wniesionego do ministerstwa, celem zmiany obecnie istniejących przepisów gremialnych, oraz obecnie obowięzującego planu studyów farmaceutycznych, oświadczyła się rada zdrowia za zniesieniem gremiów aptekarskich i utworzeniem 2 kolegiów aptekarskich, podając szczegółowy zarys urządzenia tychże, oraz ich działalności; natomiast oświadczyła się za utrzymaniem dotychczas obowięzujących przepisów odnośnie do studyów farmaceutycznych.

21. Orzekła, że mag. chir. Silbermann uprawnionym jest na podstawie dyplomu, uzyskanego na wszechnicy w Peszcie, do wykonywania praktyki lekarskiéj we wszystkich krajach Przedlitawii, a tém samém i w Galicyi.

22. Oświadczyła się za udzieleniem Leonowi Reissowi pozwolenia na przeniesienie swéj oficyny chirurgicznéj z Kulikowa do Gródka.

23. Orzekła o zdolności weterynarzy, ubiegających się o posadę weterynarza powiatowego w Borszczowie.

24. Orzekła o uzdolnieniu kandydatów, ubiegających się o posadę lekarza salinarnego w Bolechowie.

25. Orzekła o uzdolnieniu kandydatów ubiegających się o posadę lekarza zakładowego przy fabryce tytoniu w Winnikach.

26. Orzekła o uzdolnieniu kilku lekarzy do piastowania posad lekarzy sądowych przy krajowym sądzie karnym we Lwowie.

27. Postanowiła wnieść prośbę do Namiestnika o poczynienie stosownych kroków, celem przyśpieszenia organizacyi lekarzy powiatowych w Galicyi.

KRONIKA i ROZMAITOŚCI.

---

* **Kraków**, dnia 3 Marca. — Zwykłą koleją rzeczy ludzkich przebrzmiały już uroczystości na cześć Prof. Rokitanskiego w Wiédniu. My zaś dla pamiątki przedrukowujemy tu jeszcze list w języku łacińskim, w którym uniwersytet tutejszy przesłał życzenia swe Prof. Rokitanskiemu, a który służyć może za wzór ozdobnéj łaciny do takiéj sposobności zastosowanéj. Autorem listu jest, jak już wspominaliśmy, Dr. Oettinger, Prof. dziejów lekarskich.

Viro illustrissimo et amplissimo
Medicinae Doctori
C A R O L O R O K I T A N S K Y,
naturae scrutatori sagacissimo, artis salutaris professori praestantissimo, scientiae auctori et fautori acerrimo, patriae sodaliumque decori
Antiquissima literarum Universitas Jagellonica
salutem plurimam dicit.

Beatum, terque beatum Te hodie Vir egregie nuncupamus, qui otia tua bene meruisti tot tantisque praestitis operibus, utpote, qui fulgentis sideris instar lucem sparsisti per totum orbem, scientiae medicae fundamenta et limites auxisti, immortalis Morgagnii exemplum secutus, corpus humanum labe correptum indefesso ardore perscrutatus es et mirifica sagacitate in morborum abditissimas latebras et causas inquisivisti, novamque a te fere conditam anatomiae pathologicae doctrinam permultis inventis explicasti et firmasti, longe et late artis salutaris alumnos et magistros excoluisti, publicas scholas medicas, illa vera Aesculapii templa, amplificasti et adornasti et quibus par erat officinis et apparatibus locupletasti.

Quocunque e permultis gravibus, quae tibi oblata erant, munere fungebaris, sive occulta scientiae adyta ingenii acumine scrutando et aperiendo; sive disciplinam artemque e cathedra tradendo et demonstrando; sive medicis scholis publicis, quibus praefuisti, renovandis et augendis operam navando; semper et ubique perennem adeptus es lauream, ut justum de Te sit illud Vergilianum:

„Semper honos, nomenque tuum, laudesque manebunt“
et me hercle in perpetuum sempiterna lucebunt gloria.

Nos vero, quibus benigna sivere fata, ut oculis nostris admiraremur, quae exegisti; auribus exciperemus, quae vivo ore protulisti; ut immo reconderemus corde bona officia, innumeraque humanitatis exempla, quibus animos nostros devinxisti; nos Cracovienses memores tot institutorum recentium, quae colendis medicis disciplinis destinata, cura et industria Tua apud nos sunt erecta: non possumus, quin Tibi grati valedicamus; quin amoris, observantiae, admirationis et piorum votorum specimen aliquod Tibi praebeamus illo die solenni, quo felicem et splendidam assecutus metam, septuagenarius laureatus otia bene merita quaeris et habes. Utinam sint Tibi ita dulcia, ut salubres sunt eruntque fructus, quos edidisti; utinam incolumes servans corporis animique vires, ut quondam major aetate, sed non auctoritate et gloria divus Morgagni, laetus gaudeas, ad extremam usque senectutem, operum tuorum larga segete; patriae, sodalium, discipulorumque amore et veneratione.

Vale et benevolo, ut semper eras, sis nobis animo.

* Ważném zdarzeniem w dziedzinie naszego piśmiennictwa lekarskiego jest pojawienie się w z. m. w Warszawie piérwszego zeszytu dzieł lekarskich Dra T. Chałubińskiego, który, od dwóch przeszło lat usunięty od katedry kliniki lekarskiéj, w wolnych chwilach począł spisywać wyniki długoletniego swego doświadczenia i rozumowania w rzeczach lekarskich na polu kliniczném i nauczycielskiém. Zeszyt 1szy, który mamy przed sobą, mały objętością, lecz niepospolity treścią, p. n. „Metoda wynajdywania wskazań lekarskich. Plan leczenia i jego wykonanie,“ jest wstępem obejmującym niejako wyznanie wiary szan. autora pod względem pojęć ogólnych, filozoficznych, jednakże ściśle do praktyki zmierzających, o chorobie i o leczeniu. O pracy téj, ze wszech miar godnéj uwagi, postaramy się dać wkrótce naszym czytelnikom szczegółową sprawę i ocenę.

* **Lwów**. Wydział Towarzystwa aptekarskiego otworzył od miesiąca stałe biuro dla spraw Towarzystwa, w Ryn-

ku, L. 30. Grono aptekarzy urządziło w tymże lokalu czytelnią i stałe wykłady dla uczniów farmacyi. (*Czasop. T. apt.*)

* **Środa**, 19 Lutego. W tych dniach osiadł tu p. Dr. Szumski, przez co mamy, jak dawniej trzech miejscowych lekarzy. (*Dz. Pozn.*)

* **Wiedeń**, dn. 26 Lutego. Zaledwo ukończyła się uroczystość na cześć Prof. Rokitanskiego, aliści już się gotuje nowa, na cześć Prof. Hyrtla, słynnego anatoma, który w tych dniach otrzymał żądaną emeryturę. Myśl tego nowego obchodu wyszła z grona uczniów uniwersytetu; nie wiadomo zaś, jak w obec tego projektu zachowają się Grona profesorów i Ces. Akademia nauk.

* **Metz.** Towarzystwo lekarsko-farmaceutyczne tutejsze, otworzyło Zakład, w którym każdy może bezpłatnie dać zbadać jakiekolwiek pokarmy pod względem ich zdrowości; przykład to godny naśladowania.

* **Londyn.** Dr. F. C. Webb, redaktor gazety „*Medical Times and Gazette,*" umarł w 47 roku życia, pozostawiając żonę i dziesięcioro dzieci w smutném położeniu (z dochodem rocznym 120 ft. st. = 1200 złr.) Zawiązał się natychmiast komitet z najcelniejszych lekarzy londyńskich, celem zbierania składek na wspomożenie rodziny zmarłego kolegi, które do końca Stycznia r. b. przyniosły już przeszło 800 ft. st.

— **Nowy York.** Bracia sijamscy, o których przed kilku laty rozpisywały się dzienniki lekarskie w czasie ich podróży po Europie celem zasięgnięcia zdania znakomitszych chirurgów pod względem operacyi rozdzielenia ich, zmarli w Nowym Yorku w ciągu dwóch godzin, dożywszy lat 60. Rozbiór anatomiczny wyświeci zapewne wewnętrzną organizacyą tego wybryku natury.

Epidemie. Na cholerę w Mnichowie zachorowało od 16 do 22 Lutego r. b. tylko 20 osób, umarło 4.

Nekrologia. W Mnichowie umarł 21 Lutego znany z prac literackich Dr. Józef Lindwurm, Prof. klin. chorób wewn. i Dyrektor szpitala powszechnego, w 50 r. życia, na zapalenie płuc.

Do dzisiejszego Nru dołącza się dodatek nadzwyczajny pół arkuszowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr St. Janikowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.